

Heim: BSV Klostermansfeld

Gast: \_\_\_\_\_ (Verein, Altersklasse)

Name	Vorname	PLZ	Ort	Straße	Ich habe grippeähnliche oder respiratorische Symptome <b>oder</b> Fieber <b>oder</b> wesentlich Kontakt zu einem mit COVID-19 infizierten Menschen (gehabt) <b>oder</b> war in einem Risikogebiet (gemäß RKI Übersicht)	Unterschrift
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Diese Liste muss immer vom verantwortlichen Übungsleiter geführt werden. Sollte ein Sportfreund/ eine Sportfreundin ein Feld mit „JA“ beantworten, so ist diesem/ dieser der Zugang zur Sporthalle zu verwehren und eine Arztkonsultation mit vorheriger telefonischer Absprache zu empfehlen. Die geführte Liste ist bei betreten der Sporthalle abzugeben. Bitte alle Felder ausfüllen!!

Datum \_\_\_\_\_ Verantwortlicher Übungsleiter \_\_\_\_\_